

CARTA INTESATA ENTE

Spett.le

Risorsa Sociale Gera D'Adda  
Via A. Crippa n. 9  
24047 TREVIGLIO

[ufficiodipiano@pec.risorsasociale.it](mailto:ufficiodipiano@pec.risorsasociale.it)

**ATS di Bergamo**  
SERVIZIO ACCREDITAMENTO CONTROLLO  
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DELL'ATS  
VIA GALLICCIOLLI, 4  
24121 BERGAMO

[protocollo@pec.ats-bg.it](mailto:protocollo@pec.ats-bg.it)

**OGGETTO: Comunicazione preventiva per l'esercizio dell'unità d'offerta della rete sociale di cui all'art. 4 comma 2 della Legge Regionale n. 3/2008.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)

In via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Domiciliato a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)

In via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C. F. : \_\_\_\_\_

**in qualità di Legale Rappresentante dell'ente gestore " \_\_\_\_\_ "**

natura giuridica dell'Ente *gestore* \_\_\_\_\_

con sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)

In via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. : \_\_\_\_\_ P. IVA : \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_/\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_/\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica: \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica certificata: \_\_\_\_\_

data di costituzione/fondazione \_\_\_\_\_

Polizza Assicurativa per Responsabilità Civile stilata in data \_\_\_\_\_ con  
\_\_\_\_\_ scadenza del \_\_\_\_\_

Data inizio attività ente gestore \_\_\_\_\_

Data nomina quale legale rappresentante \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali<sup>1</sup> richiamate dall'art. 75 e 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione di atti falsi

### COMUNICA

*ai sensi del Decreto 1254/2010 della DG Famiglia Regione Lombardia*

- l'inizio attività
- la variazione della capacità ricettiva
- la modifica della tipologia dell'unità d'offerta
- il cambiamento del soggetto gestore
- il trasferimento in altra sede dell'unità d'offerta sociale esistente;
- altro (specificare) .....

relativamente all'Unità d'offerta denominata " \_\_\_\_\_ "

Tel. \_\_\_\_/\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_/\_\_\_\_

Sita nel Comune di \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica: \_\_\_\_\_

Coordinatore del servizio \_\_\_\_\_

C. F. : \_\_\_\_\_

Data nomina quale coordinatore del servizio: \_\_\_\_\_

presso locali:

- di proprietà;
- concessi in affitto;
- concessi in comodato
- altro, specificare: .....

Aventi destinazione d'uso:

- civile abitazione;
- commerciale;
- servizi educativi;
- altro, specificare: .....

#### NB:

In caso di utilizzo di locali non di proprietà, indicare i dati del proprietario o dei proprietari dell'immobile, in caso di società indicare i dati del legale rappresentante.

Nome	
Cognome	
Codice Fiscale	
Nato il	
Nel Comune di	

<sup>1</sup> Verranno effettuati controlli da parte di Risorsa Sociale sulla corrispondenza dei dati e delle n dal D.P.R. n. 445 del 2000.

ed adibita a:

- asilo nido
- micro nido
- centro prima infanzia
- nido famiglia
- centro aggregazione giovanile
- comunità educativa
- comunità familiari
- alloggio per l'autonomia
- centro ricreativo diurno
- comunità alloggio disabili
- centro socio educativo
- servizio di formazione all'autonomia per persone disabili
- centro diurno per anziani
- alloggio protetto per anziani
- Comunità alloggio Sociale per anziani (C.A.S.A.)
- Comunità Educativa Diurna
- Centro Educativo Diurno
- Comunità Educativa Genitori e Figli
- Alloggio per l'Autonomia di tipo Educativo
- Alloggio per l'Autonomia Genitori e Figli
- \_\_\_\_\_

*(indicare la denominazione di eventuali altre unità d'offerta individuate da provvedimento di Giunta Regionale)*

#### DATI UDOS:

- **Numero ore di apertura giornaliera** \_\_\_\_\_
- **Numero giorni di apertura a settimana** \_\_\_\_\_
- **Numero giorni di apertura all'anno** \_\_\_\_\_
- **Retta media giornaliera al netto dei servizi aggiuntivi** \_\_\_\_\_
- **Numero operatori socioeducativi con laurea (Full Time Equivalente\*)** \_\_\_\_\_
- **Numero operatori socioeducativi con diploma/qualifica (FTE\*)** \_\_\_\_\_
- **Numero personale ASA/OSS (FTE\*)** \_\_\_\_\_
- **Numero volontari (FTE\*)** \_\_\_\_\_
- **Numero altro personale non riconducibile con le figure precedenti (FTE\*)** \_\_\_\_\_

\* il numero degli operatori è da considerare secondo il Full Time Equivalent (FTE) pari a 36-38 ore settimanali

## DICHIARA

### NEL CASO DI INIZIO ATTIVITA':

che l'inizio attività/variazione succitata decorrerà dal \_\_\_\_\_

che detta unità d'offerta è idonea ad accogliere un numero di \_\_\_\_\_ utenti;

- per i CRE: - da 3 a 5 anni ..... da 6 a 16 anni .....

### NEL CASO DI VARIAZIONE DELLA CAPACITÀ RICETTIVA DELL'UNITÀ D'OFFERTA:

Indicare il numero di capacità ricettiva precedente .....

Nuova capacità ricettiva di n. .... utenti - decorre da .....

### NEL CASO DI TRASFORMAZIONE DI UNITÀ D'OFFERTA ESISTENTI:

Indicare l'Unità di Offerta precedente e sua denominazione

.....

Trasformazione decorre da .....

### NEL CASO DI CAMBIAMENTO DEL SOGGETTO GESTORE:

Denominazione Soggetto Gestore precedente .....

Cambiamento del Soggetto gestore decorre da .....

### NEL CASO DI TRASFERIMENTO IN ALTRA SEDE:

Indirizzo di Unità d'Offerta precedente

.....

Trasferimento decorre da .....

#### ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445 (dichiarazione sostitutiva atto di notorietà)

2. che detta unità d'offerta è in possesso di tutti i REQUISITI MINIMI SRUTTURALI/TECNOLOGICI/ORGANIZZATIVI specifici previsti dalla normativa regionale vigente per il suo esercizio previsti dalla DGR \_\_\_\_\_, nonché dei requisiti previsti dalla normativa nazionale per le materie di competenza statale, e dei requisiti di igiene e sicurezza stabiliti da norme regionali, dal regolamento locale d'igiene e dal regolamento edilizio comunale;

#### ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445 (dichiarazione sostitutiva di certificazione)

3. che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui alla legge 159/2011 e successive modifiche ed integrazioni (antimafia)";

4. di essere in possesso dei diritti civili e politici;
5. di non aver riportato condanne penali né essere sottoposto a procedimenti penali in corso;
6. di essere informato che, ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. n. 196 del 2003, i dati forniti saranno trattati da Risorsa Sociale Gera d'Adda, anche a mezzo di sistemi informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
7. di essere in possesso di:
  - Certificato di iscrizione all'Albo delle imprese della Camera di Commercio;
  - Certificato di iscrizione al registro delle persone giuridiche di diritto privato;
  - Certificato di iscrizione all'Albo delle Cooperative |\_| regionale |\_| nazionale
  - Certificato di iscrizione al registro (specificare) -----
  - Nessun obbligo di iscrizione a registri;
8. che tutta la documentazione e le certificazioni a comprova di quanto sopra dichiarato sono presenti nella sede dell'Unità d'offerta sociale in apposito faldone a disposizione per il controllo;

#### **SI IMPEGNA**

- a soddisfare tempestivamente e formalmente quanto previsto dalle indicazioni operative del D.d.g. 15 febbraio 2010 n. 1254 circa il debito informativo a suo carico (modificazione del legale rappresentante, cessazione dell'attività) così come l'eventuale cessione a terzi della gestione ed eventuale successive variazioni di standard sia strutturali che organizzativi;
- a comunicare tempestivamente la cessazione a terzi della gestione della struttura come pure eventuali successive variazioni degli standard gestionali – o organizzativi/strutturali che abbiano ad incidere alla presente nota;

#### **ALLEGA (obbligatorio)**

- fotocopia carta d'identità del Legale Rappresentante.

Luogo, \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_,

Firma \_\_\_\_\_.